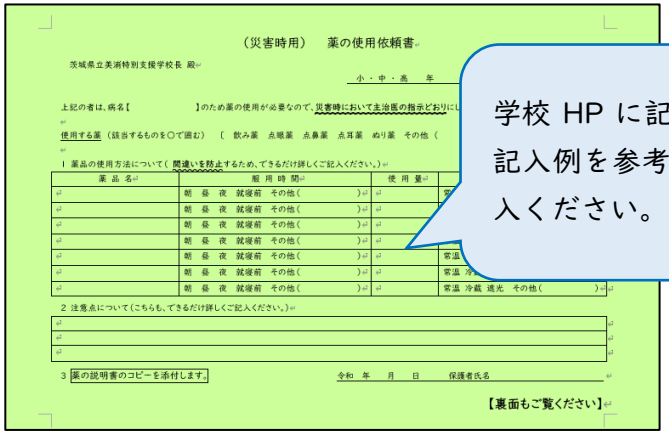
【災害時用】お薬の準備について

○ ご提出いただく物

①（災害時用）薬の使用使用依頼書(緑色の紙)


（災害時用）　薬の使用依頼書

茨城県立美浦特別支援学校長 殿

小・中・高　年

上記の者は、病名【　　】のため薬の使用が必要なので、災害時において主治医の指示どおりに

使用する薬（該当するものを○で囲む）　［　飲み薬　点眼薬　点鼻薬　点耳薬　ぬり薬　その他（

1 薬品の使用方法について（間違いを防止するため、できるだけ詳しくご記入ください。）

薬品名	服用時間	使用量	
	朝 昼 夜 就寝前 その他（　）		常温
	朝 昼 夜 就寝前 その他（　）		
	朝 昼 夜 就寝前 その他（　）		
	朝 昼 夜 就寝前 その他（　）		
	朝 昼 夜 就寝前 その他（　）		常温
	朝 昼 夜 就寝前 その他（　）		常温
	朝 昼 夜 就寝前 その他（　）		常温 冷蔵 遮光 その他（　）

2 注意点について（こちらも、できるだけ詳しくご記入ください。）

3 薬の説明書のコピーを添付します。　　令和　年　月　日　保護者氏名

【裏面もご覧ください】

学校 HP に記載した記入例を参考にご記入ください。

②薬の説明書のコピー

おくすりの説明

美浦　太郎　様

今回お渡ししたお薬は次の通りです。

カルボシステイン錠 500 mg

夜や鼻汁を体外へ排出しやすくすることで気管支の炎症や喘息、慢性副鼻腔炎などによる症状を和らげる薬です。

モンテルカスト錠 10 mg

気管支喘息を治療するお薬です。

レルベア 200 エリプタ 30 吸入用

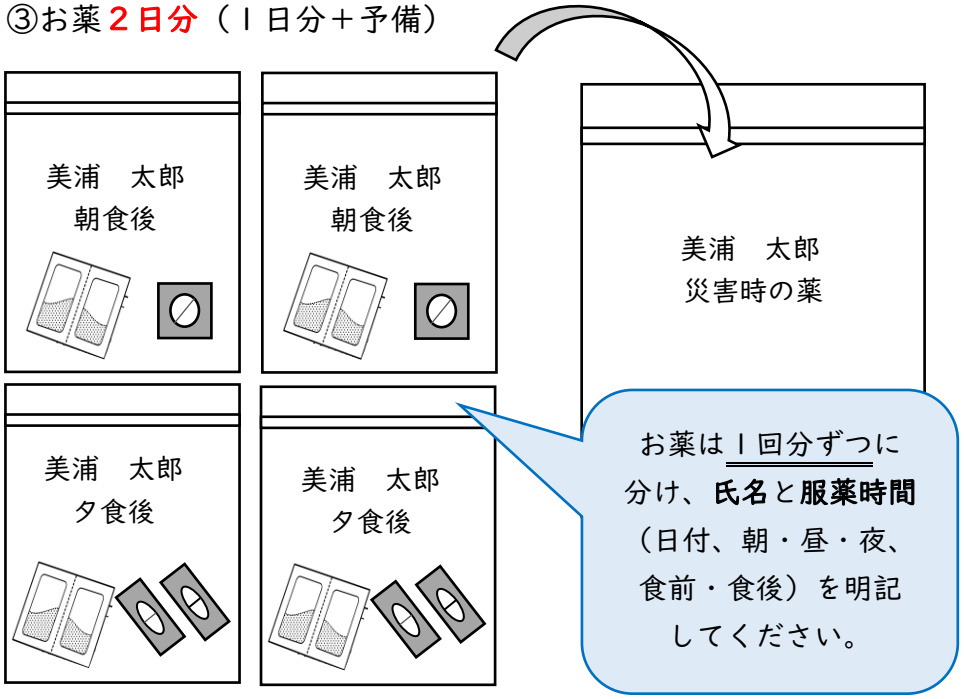
気管支の緊張やケイレンを抑えて呼吸を楽にするとともに、炎症やアレルギーを抑え、気管支喘息を治療、予防するお薬です。

【医療機関】
○○病院
〒○○○
電話番号：◆◆　FAX：□□
医師：△△　△△

【薬局】
○○○薬局
〒○○○
電話番号：◆◆　FAX：□□
薬剤師：▲▲　▲▲

発行日が１年以内の説明書をお願いいたします。

③お薬２日分（１日分＋予備）



お薬は１回分ずつに分け、**氏名**と**服薬時間**（日付、朝・昼・夜、食前・食後）を明記してください。

・液薬については、なるべくドライシロップ等の粉薬、錠剤への剤形変更をお願いいたします。剤形変更ができないお薬の場合には、必ず事前にご連絡くださいますようお願いします。
・市販薬は原則お預かりできません。
・点眼薬、点鼻薬、軟膏などにつきましても氏名をご記入ください
・災害時は水のご用意しかできないと思われます。水以外のもので服薬している場合は服薬ゼリーなどを一緒に持たせてください。